

Année 1922

THÈSE

339

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

JEAN LESAGE

Un complément des interventions
contre l'ectropion sénile :
le « Décalage externe de la paupière inférieure »

Président de thèse : M. le Professeur DE LAPERSONNE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

100

339

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

333

THE
JOURNAL OF
THE MEDICAL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

JEAN LESAGE

Un complément des interventions contre l'ectropion sénile : le « Décalage externe de la paupière inférieure »

Président de thèse : M. le Professeur DE LAPERSONNE



PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.		MM.
Anatomie descriptive		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Histologie		PRENANT.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Chimie		DESGREZ.
Physique		André BROCA.
Parasitologie		BRUMPT.
Bactériologie		BEZANÇON.
Physiologie		RICHEF.
Pathologie expérimentale		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe		LECENE.
Pathologie interne		RÉNON.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Opérations et appareils		Pierre DUVAL.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine		MÉNÉTRIÉR.
	Hôtel-Dieu	GILBERT.
	Beaujon	ACHARD.
Cliniques médicales	Cochin	WIDAL.
	Saint-Antoine	CHAUFFARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	Hôtel-Dieu	VAQUEZ.
	Saint-Antoine	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	Cochin	LEJARS.
	Salpêtrière	DELBET.
	Tarnier	GOSSET.
Clinique obstétricale	Baudelocque	BAR.
	Pitié	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BRINDEAU.
— des maladies infectieuses		JEANSELME.
— des maladies nerveuses		TEISSIER.
— des maladies mentales		P. MARIE.
— infantile médicale		X.
— d'hygiène de la première enfance		NOBÉCOURT.
— infantile chirurgicale		MARFAN.
— des voies urinaires		Auguste BROCA.
— gynécologique		LEGUEU.
— ophtalmologique		FAURE.
— oto-rhino-laryngologique		DE LAPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique		SEBIL EAU.
		LANGLOIS, agrégé.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoulLET.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GULLAIN.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma grande affection et de
ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR DE LAPERSONNE,
Professeur de Clinique Ophtalmologique,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

En le remerciant du grand honneur qu'il nous fait.

A MON MAITRE LE DOCTEUR CANTONNET,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Cochin,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a inspiré cette thèse.

Dans son service nous avons appris à aimer
l'Ophtalmologie; qu'il soit remercié de tous ses
bons conseils.

Qu'il veuille accepter ce travail en témoi-
gnage de notre très vive reconnaissance et de
notre respectueux attachement.

Limitation du sujet. - Historique

L'ectropion est le renversement au dehors du bord libre de la paupière; celui-ci, en s'écartant du globe oculaire, éloigne les orifices lacrymaux du lac lacrymal; il en résulte un larmolement très gênant.

Les causes en sont nombreuses : paralysie faciale périphérique, blépharo-conjonctivites chroniques, obstruction des voies lacrymales, sénilité, rétraction cicatricielle cutanée, etc. Chacune de ces variétés d'ectropion exige un traitement particulier; ce traitement pour être vraiment curatif devra toujours comporter une intervention chirurgicale, chaque variété nécessitant des procédés différents.

Nous n'envisagerons, dans cette étude, que le traitement de l'ectropion sénile ou de l'ectropion lacrymal; il s'applique aussi à l'ectropion qui succède parfois à la paralysie faciale périphérique.

Dans ces variétés l'ectropion atteint la paupière inférieure, il apparaît et se développe progressivement, après la quarantaine, le plus souvent. Il est presque toujours bilatéral, mais habituellement plus marqué d'un côté que de l'autre. Il se manifeste par

du larmolement chronique, plus intense lorsqu'il fait froid ou quand souffle le vent. Lorsqu'on le laisse évoluer, la paupière s'écarte de plus en plus du globe oculaire sous le poids des larmes; des périodes d'irritation conjonctivale due à l'infection secondaire apparaissent. A la suite de cette infection se produit un épaissement de la muqueuse qui devient velvétique, alourdit encore les tissus, et contribue à éverser encore la paupière; celle-ci s'incurve en forme de poche ou de hamac empli de larmes, (d'ailleurs infectées), qui pèsent sur la paupière défaillante. Il s'établit ainsi un cercle vicieux, le larmolement provoquant l'ectropion et celui-ci augmentant le larmolement. De plus, en entretenant l'infection permanente des larmes, cette affection contre-indique toute intervention sur le globe.

Au cours des opérations destinées à combattre cet éversement de la paupière inférieure, on a cherché soit à donner de la consistance, du tonus, aux tissus trop mous, soit à produire une rétraction cicatricielle (cautérisations), soit à reséquer du tissu même de la paupière, pour la redresser en la raccourcissant (résection tarsale cunéiforme, résection tarso-cutanée), soit à attirer la paupière en dehors, afin de la tendre et de la redresser.

On a d'abord essayé avec des sutures en anses, disposées convenablement, de provoquer un léger ectropion compensateur; c'était le procédé de Snellen, mais on s'est aperçu que, souvent, les sutures ou du moins les trajets cicatriciels qu'elles avaient produits

se relâchaient. Dans la résection tarsale cunéiforme, on enlève une partie de l'étoffe superflue, mais on obtient un plissement de la peau restante qui est très gênant. On a voulu parer à cet inconvénient par différents moyens; certains auteurs ont proposé de faire un dédoublement intermarginal partiel ou total; dans le procédé de Duverger, en même temps qu'on enlève un triangle de tarse on excise un triangle de peau, mais ils ne se correspondent pas exactement.

Dans tous ces procédés on s'adresse directement à la paupière, enlevant l'excédent de tissu qui baille.

Le dernier moyen, qui consiste à tendre la paupière pour la redresser, en exerçant une traction en dehors, est le plus pratique, et deux procédés inspirés de cette méthode sont plus habituellement employés. Ce sont les *procédés de Szymanowski et de Terson*.

Nous empruntons la description de ces deux procédés à l'ouvrage du Dr Terrien : *la Chirurgie de l'Œil et de ses Annexes*, 2^e édition, pages 549 et 550.

PROCÉDÉ DE SZYMANOWSKI. — Ce n'est qu'une modification de celui imaginé par Diefenbach, puis exécuté par Desmarres. L'opération est réservée à l'ectropion sénile et ne sera pratiquée qu'à la paupière inférieure.

Manuel opératoire. — Après avoir excisé la lèvre ciliaire de la paupière inférieure sur une étendue de 5 à 6 millimètres, à partir du canthus externe (*a b*, fig. 1), on enlève au bistouri un lambeau cutané triangulaire très allongé comprenant la peau et l'orbiculaire, et ayant son sommet à 7 ou 8 millimètres au-dessus du canthus externe (*a c d*).

Le lambeau inférieur *c a b* mobilisé, est attiré obliquement en haut et en dehors de manière à amener le point *a* en *d*. Cinq ou six sutures rapprochent les lèvres de la plaie et fixent le lambeau dans cette position. La partie externe de la paupière inférieure est remontée et l'ectropion disparaît (fig. 2).

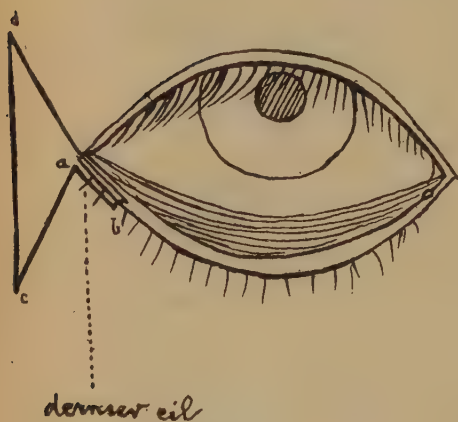


FIG. 1.

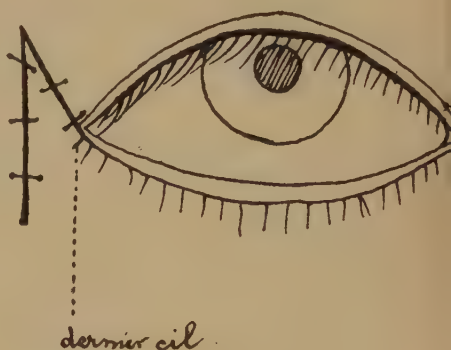


FIG. 2.

Résultat. — Très satisfaisant. L'opération et celle de Terson qui la complètent méritent d'être recommandées. Ce sont, croyons-nous, avec la résection tarso-cutanée les meilleures à employer dans cette variété d'ectropion.

PROCÉDÉ DE A. TERSON. — La cautérisation avec le nitrate d'argent, ou à l'aide du thermocautère, de la conjonctive tarsienne éversée et l'excision d'une bandelette de la muqueuse suivant toute la largeur de la paupière et parallèlement à son bord libre, étaient autrefois très employées. M. A. Terson joint à l'exci-

sion d'une bandelette conjonctivale la résection d'un triangle cutané sans toucher à la commissure.

Premier temps. — Résection d'une large bandelette conjonctivale allant d'une commissure à l'autre, en arrière du canalicule lacrymal, et n'intéressant pas le tarse. On se tiendra à 1 millimètre et demi du bord palpérial et à 1 millimètre et demi du cul-de-sac conjonctival (fig. 3).

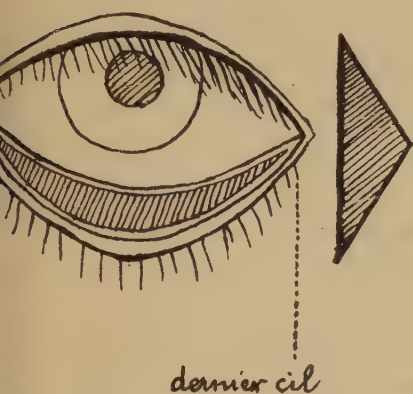


FIG. 3.

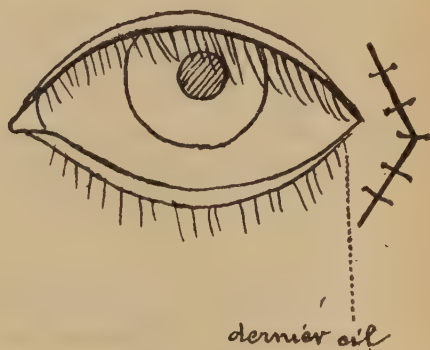


FIG. 4.

Deuxième temps. — Excision à la région commissurale externe d'un triangle cutané comprenant la peau et l'orbiculaire et dont l'étendue est réglée par le degré d'ectropion. On se rend compte, approximativement, des dimensions à donner au triangle, en pinçant la peau de manière à corriger l'ectropion. La commissure externe doit être respectée (fig. 3).

Troisième temps. — Quatre ou cinq sutures rapprochent les lèvres de la plaie cutanée (fig. 4). La suture de la plaie conjonctivale est inutile, elle donne un plissement irrégulier.

II

Critique de ces procédés

Ces procédés sont bons, lorsqu'on veut corriger un ectropion léger, lorsque la paupière inférieure faiblement éloignée du globe n'a que peu de tendance à la chute. Ils sont bons en particulier lorsque l'on veut traiter un ectropion consécutif à une paralysie faciale, surtout au début, lorsque l'infection et le larmolement n'ont pas encore alourdi la paupière et épaissi son bord.

Mais ils sont insuffisants dans les cas moyens, c'est-à-dire ceux qu'on rencontre surtout en pratique, ceux dont nous nous occupons.

Le redressement de l'ectropion sera encore plus difficile à obtenir par ces procédés, lorsque l'on aura affaire aux cas graves, anciens, avec épaissement de la paupière inférieure. Ces vieux ectropions pourront d'ailleurs être transformés en cas moyens par une excision préalable d'une partie de la muqueuse conjonctivale.

Ces procédés sont insuffisants, car pour obtenir le redressement de toute la paupière, on ne prend appui que sur la peau; d'où il résulte que dans un certain

nombre de cas il y a relâchement de la tension obtenue primitivement, et il est possible que l'ectropion se reproduise. Pour obtenir un résultat certain, un redressement durable de la paupière tombante, il faut prendre un point d'appui solide sur cette paupière et une attache également très solide pour la maintenir en bonne position.

III

Anatomie de la paupière et base anatomique de la Modification proposée

Il suffit pour trouver des points d'appui ou des attaches solides de chercher quelles sont, dans les paupières et autour d'elles, les parties les plus résistantes.

Rappelons donc quelques détails d'anatomie.

Il est classique de considérer l'épaisseur de la paupière comme formée de six plans. En allant de la surface vers la profondeur on trouve successivement : la peau, une couche cellulaire lâche, la couche musculaire striée (orbiculaire), une couche fibro-élastique, une couche musculaire lisse et enfin la muqueuse conjonctivale.

Etudions rapidement ces différentes couches, nous arrêtant à celle qui nous intéresse le plus, la couche fibro-élastique.

La peau des paupières est fine, mince, à peine épaisse d'un millimètre; elle contient des fibres élastiques tenues et peu nombreuses. Cette minceur et cette fragilité sont surtout marquées à la paupière

inférieure. C'est sur cette peau, à peine résistante, que l'on agit pour obtenir le redressement de la paupière dans les procédés habituels.



FIG. 5.

1. Tarse supérieur.
2. Tarse inférieur.
3. Ligament palpébral externe.
4. Ligament palpébral interne.
5. Septum orbitale.
6. Releveur de la paupière.
7. Sac lacrymal.

Sous la couche musculaire, disposée en forme de sphincter, s'étend une lame résistante fibro-élastique qui constitue à la paupière son véritable squelette. Cette lame est elle-même formée de deux parties différentes d'aspect et de consistance : le *septum orbitale* et le *tarse*. Le septum forme la périphérie du diaphragme palpébral, les deux tarses en bordent l'ouverture. Le septum orbitale est constitué par une mince couche de tissu fibreux, percé de quelques orifices qui

livrent passage à des vaisseaux et des nerfs, il s'insère sur le pourtour de l'orbite et se continue avec le périoste. Les tarses, portions du tissu fibreux dense et résistant, en forme de croissant, sont d'inégale largeur; celui de la paupière supérieure mesure 1 millimètre de hauteur, il est deux fois plus large que le tarse inférieur. Ce dernier est aussi un peu moins épais. Leur consistance les avait fait considérer autrefois comme des cartilages. Les deux tarses sont lâchement unis à la peau, mais la muqueuse leur adhère fortement. Ils présentent à leurs extrémités des prolongements fibreux qui renforcent le septum orbitaire et s'unissent à chaque commissure pour former de véritables ligaments.

Le ligament latéral interne est une sorte de tendon, son relief se dessine nettement sous la peau de l'angle interne dès que l'on tire les paupières horizontalement en dehors. Il se fixe sur la branche montante du maxillaire supérieur, en avant du sac lacrymal, avec le tendon de l'orbiculaire qui lui est accolé. Le ligament latéral externe est moins dense que l'interne, il apparaît comme un épaississement du septum entre la commissure palpébrale et le bord externe de l'orbite.

C'est sur le tarse de la paupière inférieure qu'il faudra agir lors du traitement de l'ectropion, puisque c'est lui qui maintient les différents plans de la paupière et qui par ses extrémités la fixe. De plus, il faudra tenter de rendre solidaires dans leur nouvelle position le tarse inférieur et le tarse supérieur; celui-

ci prêtera un appui solide au précédent, dont la résistance est moindre.

En résumé, à ne considérer que le squelette des paupières, celles-ci nous apparaissent comme un diaphragme bombé en avant et fendu horizontalement au milieu. Chaque marge de la fente est renforcée, surtout la marge supérieure qui l'est sur une large étendue; de plus à chaque commissure s'attachent des ligaments assez épais et résistants qui assurent le maintien du système d'ensemble tarso-tendineux, en l'amarrant solidement à cette sorte de cadre, qu'est le pourtour de l'orbite.

Il est donc logique, au cours de l'opération, de penser à appuyer les tissus affaiblis (tarse inférieur) contre ceux dont la solidité est certaine.

D'où **Conclusion anatonomique :**

1° S'appuyer sur le tarse de la paupière inférieure;

2° Renforcer cette paupière en la raccourcissant véritablement, c'est-à-dire dans tous ses plans, et non pas seulement dans son plan cutané;

3° L'appuyer à la paupière supérieure et l'en rendre solidaire ainsi qu'aux lames fibreuses et aux aponévroses, revêtant le rebord externe de l'orbite.

Dans le service d'Ophtalmologie de l'hôpital Cochin, le DOCTEUR CANTONNET nous a appris à toujours appliquer ces trois principes dans le traitement de l'ectropion sénile ou lacrymal, qu'il emploie depuis de longues années et pour lequel il propose l'expression de « **Décalage externe de la paupière inférieure** ».

IV

Description de la technique « Le décalage externe de la paupière inférieure »

Cette amélioration de la technique peut compléter les autres procédés connus, c'est-à-dire celui de Szymanowski ou celui de Terson ou tout autre procédé dirigé contre l'ectropion. C'est une variation d'un temps opératoire, mais fort important et capital. Après le rappel des notions anatomiques, il est facile de comprendre en quoi consiste cette technique (fig. 6 et 7).

Désinfection. — Après instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100 dans les culs-de-sac conjonctivaux, on badigeonne la peau avec un mélange à parties égales de : glycérine, teinture d'iode, alcool. Le bord libre de la paupière inférieure est désinfecté de la même manière; on exprime les glandes de Meibomius. Lavage des culs-de-sac avec la solution d'oxycyanure d'hydrargyre à 1 p. 5.000.

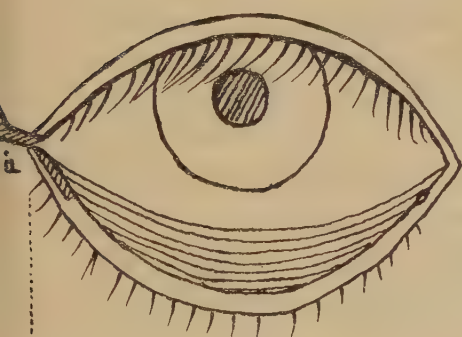
Anesthésie. — On fait une injection marginale « traçante » de cocaïne dans le bord libre de la paupière

inférieure à 5 millimètres environ de la commissure externe, puis l'injection sous-cutanée comme dans le procédé de Szymanowski, enfin une troisième piqûre est faite par la conjonctive en plein cul-de-sac externe, filant profondément devant le rebord orbitaire externe qu'elle laisse derrière elle.

Incisions. — 1^{er} temps. — On trace au bistouri l'incision cutanée en fer de lance de Szymanowski ou celle triangulaire de Terson et on resèque le lambeau de peau circonscrit.

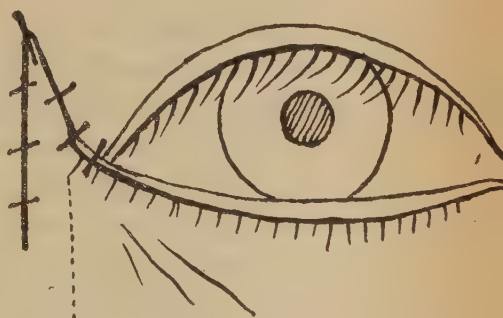
2^e temps. — Enlèvement d'une languette du bord libre de la paupière inférieure comme pour une tarsorrhaphie. Cette languette mesurera 4 à 6 millimètres.

3^e temps. — Ouverture au ciseau de l'angle externe, allant plus ou moins loin horizontalement mais ne dépassant jamais le rebord orbitaire.



dernier cil

FIG. 6.



dernier cil

FIG. 7.

Mobilisation. — On mobilise tout ce qui doit se déplacer, c'est-à-dire le lambeau qui fait suite à la paupière inférieure, mais on se garde de mobiliser les deux grands côtés du fer de lance, de même que la demi-languette supérieure de l'ex-ligament palpébral externe.

Traction. — On place un fil n° 3 ou 4 dans l'angle *a* du lambeau cutané qui doit remonter, et à l'aide du fil on attire cet angle vers le point *b* pour voir l'effet produit; c'est le « *fil de mise en place* ». On ne doit pas faire aussitôt les sutures latérales, mais voir de combien le dernier cil (point de repère) a été attiré au dehors. Si le résultat est bon, si la paupière inférieure est bien ramenée contre le globe on place (fil n° 3) une suture profonde prenant le point du bord libre qui deviendra le nouvel angle externe, l'annexant au tissu fibro-aponévrotique qui s'étend devant le rebord orbitaire, ou, si l'on veut un effet moindre, dans le septum, un peu en dedans du rebord osseux tranchant. Le fil ressort par la moitié supérieure du ligament palpébral externe. On place alors les « *fils d'affrontement* » en ayant soin qu'ils n'éversent ni n'inversent le bord de la paupière. On ne s'occupe pas de suturer la conjonctive dans le cul-de-sac.

Il faut, l'opération achevée, que la paupière soit un peu bridée, son bord libre étant tendu horizontalement devant le globe.

C'est en somme l'ouverture plus ou moins complète de l'angle externe, séparant ainsi les deux paupières, les rendant libres l'une vis à vis de l'autre, et per-

mettant, par le glissement en masse de la paupière inférieure en dehors et en haut, de « décaler » celle-ci par rapport à la paupière supérieure. C'est ainsi une tarsorrhaphie externe d'un genre spécial, puisque le bord libre de la paupière inférieure est annexé, non à celui de la paupière supérieure, mais à la lèvre supérieure de l'incision de la peau de la tempe.

Résultat. — Lorsqu'après le « décalage externe » de la paupière inférieure, celle-ci est bien maintenue par la tarsorrhaphie externe, on voit un redressement parfait de la paupière, dont l'ectropion disparaît; on doit voir les trois ou quatre derniers cils de la paupière inférieure, dépasser vers la tempe ceux de la paupière supérieure. L'angle externe se trouve avoir ainsi des lèvres inégalement tendues, il n'a plus qu'un des deux côtés primitifs, le supérieur, tandis que l'autre est constitué par une partie du bord libre, qui était auparavant à deux ou quatre millimètres de lui.

La peau et le tarse étant fixes, l'ectropion disparaît et ne se reproduit plus, car les points d'appui solides de nos sutures empêchent toute distension dans la suite.

Il est évident que le traitement des voies lacrymales aura été fait précédemment afin d'en rétablir la perméabilité de telle sorte que le point lacrymal inférieur ramené au contact du globe et baignant dans le lac lacrymal, pourra jouer son rôle évacuateur pour les larmes.

Dans les cas anciens, avec gros éversement et épaissement de la muqueuse, on fera précéder l'opéra-

tion, une dizaine de jours auparavant, de l'enlèvement de l'excès de muqueuse. Pour cela il suffit d'enlever entre deux incisions curvilignes parallèles au bord libre et au cul-de-sac, la partie de la muqueuse superflue; le fragment enlevé a une forme comparable à celle d'une tranche de melon. Il n'est pas utile après cette ablation de suturer les lèvres de la plaie, la cicatrisation s'opérant seule et donnant un manteau cicatriciel.

V

Inconvénients à éviter

1° Il faut avoir soin lorsqu'on incise l'angle externe de *ne l'ouvrir que dans la mesure nécessaire* qui est proportionnée au degré de l'ectropion;

2° Il faut surtout veiller en faisant ses sutures à ce que *la lèvre mobile de la plaie* (paupière inférieure) *soit bien dans le même plan que la lèvre fixe* (paupière supérieure). Si on ne prend pas cette précaution on risque de tomber dans deux défauts qui compromettent également le résultat. Si on amarre la marge de section trop en profondeur, la paupière inférieure tend à s'enrouler en entropion; mais entropion uniquement du bord libre et avec maximum dans sa partie externe. Inversement, si on suture la marge trop en avant on obtient un éversement de la paupière inférieure, cet entropion sera de même limité au bord libre. Si, de cette façon, les lèvres de la plaie sont dénivellées le succès de l'opération est amoindri. Il vient en défalcation du résultat, le diminue, dans le cas où on provoque un ectropion léger du bord libre, tandis que l'entropion partiel, obtenu autrement, viendrait en addition et exagérerait le redressement.

3° Il faut considérer aussi les modifications qu'on

risque d'apporter dans la *forme du cul-de-sac conjonctivo-palpébral*. Dans la traction que l'on exerce sur la paupière inférieure pour la décaler, on reporte en même temps qu'elle, le fond du cul-de-sac en dehors et en haut. Il n'est déplacé dans ce sens que de la moitié du décalage du dernier cil de la paupière inférieure, puisqu'il n'a pas changé en haut, et n'a été déplacé qu'au niveau de la paupière inférieure. Mais en allant un peu au dehors et en haut, si peu que ce soit, il est venu en avant, puisque l'angle externe est situé normalement dans le sillon oculo-orbitaire et qu'en gagnant vers la tempe il s'éloigne du fond de ce sillon et s'avance, tendant ainsi à s'éloigner de l'œil. Il ne faut pas que le nouvel angle externe soit déporté en avant, et que les paupières aient abandonné le contact du globe en aucun point, si limité qu'il soit. Autrement dit, il ne faut pas que le cul-de-sac soit transformé de fissure virtuelle, en cavité réelle, et baille en haut et en dedans, formant une petite poche dont l'axe irait rencontrer, en se prolongeant, la partie moyenne de la tête du sourcil.

Pour éviter cet inconvénient, il faut au moment où l'on place le fil le plus interne, celui qui est du côté de l'œil, plonger son aiguille à deux ou trois millimètres de profondeur, de façon à amarrer le tissu tarsal de la paupière inférieure aux parties profondes de l'orbiculaire, et même au-delà, à l'aponévrose orbitaire qui juste à cet endroit s'insère sur le rebord franchant de l'orbite, et s'y transforme en périoste, d'où une base d'une solidité inébranlable.

VI

Observations

Nous avons recueilli quelques observations de malades venus à la consultation de l'hôpital Cochin, et que le Docteur Cantonnet a opéré par le procédé de Szymanowski, qu'il fait précéder parfois de l'enlèvement d'une « tranche de melon », et qu'il complète toujours par le « *décalage externe de la paupière inférieure* ».

OBSERVATION I

C'est un cas d'ectropion léger.

Mme M..., âgée de 54 ans, vient consulter pour du larmolement; la malade fait remarquer que son larmolement est plus marqué en hiver, lorsqu'elle travaille en dehors, de même que les jours de vent.

Ce larmolement remonte à dix-huit mois ou deux ans; il est toujours plus marqué du côté droit que du côté gauche. Lorsqu'on prie la malade de regarder en haut, ses points lacrymaux apparaissent nettement écartés du globe oculaire. Cet écartement est très marqué à droite, et s'exagère quand on prie la malade d'ouvrir la bouche en même temps qu'elle dirige son regard en haut.

L'injection d'une solution de Na Cl à 14 pour 100.

(*larmes artificielles du Docteur Cantonnet*) dans le canal lacrymal inférieur, montre qu'à gauche le liquide injecté passe dans le nez; à droite il reflue par l'orifice lacrymal supérieur. On fait des cathétérismes répétés des voies lacrymales; la malade, après quelques semaines de traitement, n'est pas améliorée. Ses voies lacrymales sont libres, mais le larmolement se reproduit dans les mêmes conditions qu'autrefois; le renversement de la paupière inférieure droite s'accuse.

Cinq semaines après sa venue à la consultation, opération par le procédé de Szymanowski, avec « décalage externe de la paupière inférieure » de 4 millimètres environ. On fixe le coin du nouvel angle externe en profondeur; quelques fils achèvent de fixer la tarsorrhaphie et l'affrontement du lambeau cutané vers la tempe.

La cicatrisation est obtenue primitivement, les fils sont enlevés après quelques jours.

Revue deux mois plus tard, la malade nous dit que le larmolement est tari à droite; à gauche il persiste léger, mais supportable. L'ectropion ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION II

L'ectropion s'accompagne d'hypertrophie de la glande lacrymale.

Mme D..., 48 ans, vient à la consultation pour du larmolement de l'œil droit, survenu il y a quelques mois.

À l'inspection on constate un ectropion léger de la paupière inférieure droite et une conjonctivite légère. Lorsque l'on attire l'angle externe des paupières fortement en haut, on fait saillir dans le cul-de-sac conjonctival les lobes de la glande lacrymale hypertrophiée. L'injection des larmes artificielles dans les voies lacrymales de ce côté ne passe pas.

Cathétérismes et injections renouvelées leur rendent la perméabilité.

La conjonctivite est disparue.

Opération après trois semaines de traitement; on fait d'abord l'ablation d'une portion de la glande lacrymale. Après incision de la conjonctive parallèle au fond du cul-de-sac externe on énuclée les lobules glandulaires, et au ciseau, on en isole une partie, de volume équivalent à celui d'un noyau de cerise, qu'on enlève. Pendant quelques minutes, on comprime sans suturer la plaie conjonctivale, afin d'arrêter le suintement sanguin.

Dans un deuxième acte on fait l'opération de l'ectropion. Incisions selon le procédé de Szymanowski; excision du lambeau cutané en fer de lance, puis ouverture de l'angle externe sur une longueur de 4 millimètres. Après mobilisation de la peau rattachée à la paupière inférieure, on fixe le « fil de mise en place »; on obtient aussitôt un redressement parfait du bord libre de la paupière. On fixe alors les lèvres du nouvel angle externe aux aponévroses profondes puis, aux trois autres points, on assure l'affrontement des lambeaux cutanés sur la tempe.

Le huitième jour les fils sont enlevés, l'ectropion ne paraît plus, le larmolement cesse.

OBSERVATION III

M. L..., 57 ans, vient à l'Hôpital avec un ectropion lacrymal des deux yeux.

A l'œil gauche, ectropion opéré en 1915 dans un autre service; il s'est reproduit un léger évernement de la paupière et il persiste un peu de larmolement; l'injection poussée dans les voies lacrymales montre leur perméabilité.

A l'œil droit ectropion marqué, la paupière inférieure est éversée, la muqueuse est rouge, irrégulière, plus épaisse que normalement; les voies lacrymales sont perméables aussi de ce côté. Le malade demande l'intervention.

1^{er} temps. — On enlève au bistouri, entre deux incisions curvilignes parallèles au bord libre de la paupière, un lambeau de la muqueuse épaissie (tranche de melon) large de 3 millim. L'opération est faite aux deux yeux sans suturer.

2^e temps. — Dix jours plus tard opération de Szymanski à l'œil droit, avec ouverture de l'angle externe et tarsorrhaphie partielle sur une largeur de 4 millim.

Dans les jours qui suivent l'opération, apparaissent une folliculité de la barbe puis des orgelets de la paupière opérée. On ouvre les petits abcès au thermo. L'infection gagne bientôt la cicatrice; un des fils placés près de l'angle externe reste pris dans le pansement et cède, mais le fil qui passe dans la profondeur tient et assure la solidité de la tarsorrhaphie.

OBSERVATION IV

Mme C..., 70 ans, vient à la consultation pour une conjonctivite aiguë de l'œil droit, et un cancroïde de la paupière inférieure.

Cette malade aurait eu il y a sept ans, d'après ses dires, un cancroïde sur la joue gauche, qui aurait été traité par l'application de neige carbonique et par le radium. La tumeur de la paupière serait apparue il y a quelques mois.

A son entrée dans le service on constate une petite tumeur ulcérée, du volume d'un grain de riz enchassé dans le bord palpébral. La conjonctive est enflammée, il

y a ectropion de la paupière et larmolement abondant. On ne sent pas de ganglion dans la région préauriculaire. Les voies lacrymales sont perméables.

1^{re} opération. — On enlève le cancroïde; après anesthésie locale, on excise largement la région ulcérée; au bout de deux semaines la cicatrisation de la plaie opératoire est obtenue, mais il persiste un peu d'ectropion.

2^e opération. — Trois mois environ après la précédente, afin de redresser la paupière encore un peu éversée. Opération de Szymanowski avec ouverture de l'angle externe, et « décalage de la paupière inférieure » par glissement en masse de sa partie externe en haut et en dehors. La tarsorrhaphie est faite sur une longueur de 3 millim. La cicatrisation est obtenue sans incidents; après quelques pansements la malade ne revient plus.

OBSERVATION V

M. P..., 39 ans, vient à la consultation avec un ectropion paralytique siégeant du côté gauche.

A l'interrogatoire, on apprend qu'en octobre 1918, le malade mobilisé eut une grippe qui se compliqua d'otite puis de mastoïdite. Celle-ci fut traitée par la trépanation de la mastoïde; la cicatrice de la plaie opératoire est encore visible derrière le pavillon de l'oreille; la paralysie faciale semble avoir été consécutive à l'intervention.

A son entrée à la consultation il présente une asymétrie faciale très apparente : le coin de la bouche est tombant à gauche, la joue du même côté paraît aplatie, la paupière inférieure est éversée, laissant voir la muqueuse injectée. Le larmolement est intense; la cornée est intacte. L'injection des « larmes artificielles » dans les voies lacrymales montre leur perméabilité.

Pendant quelques jours, on traite la conjonctivite : quand la désinfection des culs-de-sac est obtenue, on opère.

Opération par le procédé de Szygmanowski, précédé de l'ablation d'un lambeau de muqueuse en « *tranche de melon* ». Avant la suture des lambeaux, ouverture de l'angle externe, et enlèvement d'une languette marginale de 5 millim. On « décale » la paupière inférieure de 5 millim. en dehors et en haut et on fait la tarsorrhaphie partielle.

Après l'opération, la paupière inférieure est fortement tendue contre le globe, la fente palpébrale semble diminuée, mais la partie inférieure de la cornée est bien protégée. Un enroulement léger de l'extrémité externe du bord libre de la paupière en dehors amène le renversement vers le bas, des cinq ou six derniers cils. La cicatrisation se fait par première intention, le larmolement ne gêne plus le malade.

OBSERVATION VI

Mme V..., âgée de 70 ans, se présente avec un ectropion sénile des deux paupières inférieures. Elle se plaint beaucoup du larmolement qui serait plus marqué à l'œil gauche. De ce côté, la muqueuse conjonctivale est éversée et injectée. Lorsqu'on tend avec le doigt l'angle externe de l'œil gauche, on voit saillir dans le cul-de-sac conjonctival, les lobes de la glande lacrymale hypertrophiée. Les voies lacrymales sont perméables à droite; du côté gauche, on est obligé de passer quelques sondes.

Opération. — Lorsque la perméabilité des voies lacrymales est assurée, on ne s'occupe que de l'œil gauche. On enlève dans un *premier acte opératoire* la portion de la glande lacrymale qui saille sous la conjonctive. Après

une petite incision de la muqueuse, on érigue la glande et on la détache de la muqueuse, au ciseau, en allant de dedans en dehors; on en enlève plus d'un demi-centimètre cube. On laisse la plaie sans suture; il y a peu d'hémorragie.

Deuxième acte. — On fait alors, selon la méthode de Szymanowski l'excision d'un lambeau cutané temporal triangulaire; puis on ouvre au ciseau la commissure externe, faisant ainsi deux parts, du ligament palpébral.

Cette incision va jusqu'au rebord orbitaire. Enlèvement d'une languette marginale de 5 millim. pour tarsorrhaphie. Mobilisation du lambeau à remonter et traction sur le fil de mise en place, pour faire glisser en masse la paupière en haut et en dehors. Amarrage du nouvel angle externe à l'aide d'un fil profond qui l'annexe aux aponévroses du rebord orbitaire, et enfin sutures d'affrontement.

Cicatrisation par première intention, l'écoulement des larmes reprend son cours normal par les voies lacrymales.

La malade attend une intervention semblable pour guérir l'ectropion de l'œil droit.

OBSERVATION VII

M. D..., âgé de 62 ans, vient à la consultation parce que « son œil gauche pleure tout le temps ». Ce larmolement remonte à plus d'un an, il s'est accompagné quelquefois de poussées de conjonctivite que son médecin traitait à l'aide de collyres au sulfate de zinc.

La paupière inférieure gauche est en ectropion, la muqueuse est rouge et commence à s'éverser, mais n'est pas trop épaissie.

On est obligé d'ouvrir au couteau de Weber le point

lacrymal inférieur, puis par des cathétérismes répétés, on rend aux voies lacrymales leur perméabilité. En même temps on fait avec le thermocautère des cautérisations en lignes verticales rapprochées sur la conjonctive.

Après deux mois de ce traitement on pratique l'opération de Szymanowski complétée par le « décalage de la paupière inférieure » après ouverture de l'angle externe sur une longueur de 4 millim. Après suture des fils la paupière est assez fortement tendue devant le globe.

Cicatrisation par première intention. Dans les jours qui suivent l'opération, la tension de la paupière, quoique visible, s'est atténuée, le larmolement a cessé.

Revu deux mois après l'intervention, l'ectropion ne s'est pas reproduit.

Conclusions

1° Les opérations classiques dirigées contre l'ectropion sénile sont intéressantes; mais *celles qui s'adressent à des résections cutanées de la peau de la tempe nous semblent insuffisantes*, parce que celle-ci peut se distendre secondairement;

2° Il faut non seulement déplacer la paupière inférieure en haut et en dehors, mais lui *donner un point d'appui solide*, afin d'éviter un nouvel éversement;

3° Nous obtiendrons ces points d'appui *en les cherchant d'après les données de l'anatomie*;

4° Du côté de la paupière inférieure (lambeau mobile) nous prendrons nos fils non dans la peau mais *dans le ligament palpébral externe* et nous permettrons à cette paupière d'obéir à la traction que nous lui imprimons en haut et en dehors, *en ouvrant l'angle externe conjonctivo-palpébral*. Nous libérons donc cette paupière de sa continuité avec la supérieure et lui donnons toute la mobilité voulue;

5° Les attaches de la paupière, une fois la paupière attirée en haut et en dehors, seront réalisées non seulement par les sutures de l'incision cutanée, mais encore, et surtout, par un *point profond allant s'an-*

crer solidement dans les tissus fibro-périosto-aponévrotiques du rebord orbitaire externe;

6° Naturellement la paupière inférieure, *déplacée en masse* vers le haut et le dehors, perdra sa symétrie primitive d'avec les parties correspondantes de la paupière supérieure puisqu'elle aura glissé, alors que celle-ci n'aura pas bougé.

Le dernier cil externe (point de repère) sera de 3 à 5 millimètres plus en dehors qu'il ne l'était auparavant. Pour permettre cette insertion nouvelle de cette partie du bord libre, nous aurons *avivé la marge de la paupière inférieure sur 4 à 5 millimètres* et réalisé une sorte de tarsorrhaphie externe, cette partie du bord libre étant affrontée à la lèvre supérieure de l'incision cutanée temporale.

Nous aurons donc réalisé ce que le DOCTEUR CANTONNET pratique sous le nom de « *Décalage externe de la paupière inférieure* ».

Vu: Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
DE LAPERSONNE.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris

